

LIQUIDACION DE SALARIOS

142

(Conforme al Art. 236 del C. del T.)

Empleador : Asociación Personas con discapacidad, Familiares y Amigos de Saraki

Número Patronal : 99.386

Apellido y Nombre del trabajador : Elizeche, Diana

Periodo de Pago: 1 al 30 de Junio del 2024

Salario Basico	Horas Extras	otras Retrib.	Total Salario	Descuentos		Total Descuentos	Saldo a Cobrar
				I.P.S.	An/Prest/Aus.		
3 000 000		-	3 000 000	270 000	-	270 000	2 730 000

Letras: DOS MILLONES SETECIENTOS TREINTA MIL

Fecha: 30/06/2024

FIRMA DEL EMPLEADO

Fondo Transferido por Ministerio de Economía y Finanzas
Año: 2024
Periodo transferido o bimestre devengado: MAY - JUN
Firma del Contador: Adaración: _____ RUC: 30225240



REPUBLICA DEL PARAGUAY

Cédula de Identidad Civil

APELLIDOS NOMBRES
ELIZECHE ALMEIDA
DIANA ALEJANDRA

FECHA DE NACIMIENTO
04-07-1975

LUGAR DE NACIMIENTO
ASUNCION

FECHA DE VENCIMIENTO
08-12-2029

SEXO
Femenino



[Handwritten Signature]
FIRMA INTERESADO

1683579

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO

En la ciudad de Asunción, capital de la República del Paraguay, a los 03 días del mes de enero del año 2022, por una parte la Sra. Maria Da Gloria Von Eckstein, con cédula de identidad policial número 999.171, de nacionalidad paraguaya, y el Sr. Luis Alberto Aguilera Allende, con cédula de identidad policial número 228.915, de nacionalidad paraguaya, con domicilio a los efectos del presente acto en Dr. Hassler Nro 6450 casi RI 2 Ytororo, en representación de la ASOCIACION PERSONAS CON DISCAPACIDAD, FAMILIARES Y AMIGOS DE SARAQUI, en adelante denominada *EL EMPLEADOR*; y por la otra parte la **Sra. Diana Alejandra Elizeche**, mayor de edad, con **cédula de identidad policial número 1.683.579**, de nacionalidad paraguaya, estado civil casada, con domicilio en Artigas 4244 c/ Juana Pabla Carrillo – Asunción, y para estos efectos denominada *LA TRABAJADORA*, quienes convienen celebrar el presente **CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO**, el cuál se regirá por las normas laborales vigentes y por las siguientes cláusulas y condiciones que a continuación se enumeran:-----

PRIMERA:-----

EL EMPLEADOR contrata a LA TRABAJADORA para que se desempeñe como **Responsable de Inclusión Laboral** del Proyecto *“Empleo con calidad y dignidad para Personas con Discapacidad”* -----

SEGUNDA:-----

El lugar de la prestación contratada o lugar de trabajo será el local de la ASOCIACION PERSONAS CON DISCAPACIDAD, FAMILIARES Y AMIGOS DE SARAQUI, sito en Dr. Hassler Nro. 6450 c/ RI2 Ytororo, al cual *LA TRABAJADORA* llegará por sus propios medios, o aquél o aquellos lugares que *EL EMPLEADOR* le indique para el mejor cumplimiento de la asignación de su cometido.-----

TERCERA:-----

El horario de trabajo a ser cumplido será de 08:00 a 12:00 horas de lunes a viernes y los sábados de 09:00 a 12:00 podrá trabajar en modalidad Home Office de no existir alguna necesidad específica. Toda variación del horario de trabajo que la Institución se viera obligada a realizar, será notificada la *TRABAJADORA* con un lapso de veinticuatro horas de anticipación.-----

CUARTA:-----

LA TRABAJADORA percibirá por parte de *EL EMPLEADOR* en concepto de remuneración mensual por su trabajo desempeñado la suma de Gs 2.500.000 (guaraníes dos millones quinientos mil), acordándose como fecha de pago el día 30 de cada mes vencido o el día hábil inmediatamente posterior. Se establece como lugar de pago el lugar de trabajo. *LA TRABAJADORA* recibirá conjuntamente con sus haberes una hoja de liquidación salarial en la que constará el salario

percibido, los descuentos legales realizados, los anticipos salariales y otros que tengan relación con la suscripción y ejecución del presente contrato.-----

QUINTA:-----

El Contrato tendrá vigencia desde el **03 de enero del 2022**-----

SEXTA:-----

EL EMPLEADOR proporcionará los recursos materiales, herramientas y equipos necesarios para el buen desempeño de las asignaciones encomendadas a *LA TRABAJADORA*, y este se compromete a cuidarlos, conservarlos, darles el uso debido y devolverlos el término del contrato.-----

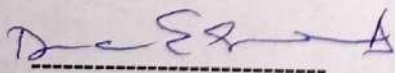
SÉPTIMA:-----

LA TRABAJADORA se obliga a dar cumplimiento a las normas de desempeño de sus funciones; a ejercer su cargo con la máxima diligencia posible, solvencia profesional y moral posible; y conocer, cumplir y hacer cumplir el reglamento interno de la institución. **De acuerdo al Art. 58 b) del Código Laboral, se establece como periodo de prueba en la Etapa Inicial del contrato 30 (treinta) días.**-----

OCTAVA:-----

LA TRABAJADORA manifiesta que sus funciones serán las estipuladas para el cargo de Encargada de Inclusión del Proyecto "*Empleo con calidad y dignidad para Personas con Discapacidad*" comprometiéndose a realizar las funciones con la mayor integridad posible que de dicho cargo se esperan de acuerdo a las instrucciones emitidas por la Directiva de la ASOCIACION PERSONAS CON DISCAPACIDAD, FAMILIARES Y AMIGOS DE SARAQUI.-----

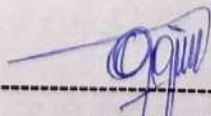
Estando los firmantes de acuerdo con todas las cláusulas y condiciones anteriormente mencionadas, reconociendo los tribunales de Asunción como fuero para cualquier controversia quienes previa lectura de las mismas se ratifican y firman en la fecha indicada en dos ejemplares de un mismo tenor y efecto en el acápite del presente contrato en prueba de su aceptación y conformidad.-----



Trabajadora
Diana Alejandra Elizeche
C.I. N° 1.683.579



Empleador
Maria Da Gloria Von Eckstein
C.I. N° 999.171



Empleador
Luis Aguilera Allende
C.I. N° 288.915

ADENDA AL CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO


En la ciudad de Asunción, capital de la República del Paraguay, a los 02 días del mes de enero del año 2024, por una parte la **Sra. María Da Gloria Von Eckstein**, con cédula de identidad policial número **999.171**, de nacionalidad paraguaya, y el **Sr. Luis Alberto Aguilera Allende**, con cédula de identidad policial número **228.915**, de nacionalidad paraguaya, con domicilio a los efectos del presente acto en Dr. Hassler Nro 6450 casi RI 2 Ytororo, en representación de la **ASOCIACION PERSONAS CON DISCAPACIDAD, FAMILIARES Y AMIGOS DE SARA KI**, en adelante denominada **EL EMPLEADOR**; y por la otra parte la **Sra. Diana Alejandra Elizeche Almeida**, mayor de edad, con **cédula de identidad policial número 1.683.579**, de nacionalidad paraguaya, estado civil casada, con domicilio en Artigas 4244 c/ Juana Pabla Carrillo de la Ciudad de Asunción y para estos efectos denominada **LA TRABAJADORA**, quienes convienen celebrar la presente **ADENDA AL CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO** firmado entre las partes en fecha 03 de enero del 2022, y que mediante la presente adenda se acuerda modificar las siguientes cláusulas, que a partir de la fecha de la presente quedarán redactadas de la siguiente manera quedando las demás cláusulas del contrato sin modificación alguna:-----

TERCERA: El horario de trabajo a ser cumplido será de 08:00 a 12:00 horas de lunes a viernes y los días sábados de 09:00hs a 12:00hs. Toda variación del horario de trabajo que la Institución se viera obligada a realizar, será notificada la TRABAJADORA con un lapso de veinticuatro horas de anticipación.-----

CUARTA: LA TRABAJADORA percibirá por parte de **EL EMPLEADOR** en concepto de remuneración mensual por su trabajo desempeñado la suma de Gs 3.000.000 (guaraníes, tres millones). Se acuerda como fecha de pago el día 30 de cada mes vencido o el día hábil inmediatamente posterior. Se establece como lugar de pago el lugar de trabajo. LA TRABAJADORA recibirá conjuntamente con sus haberes una hoja de liquidación salarial en la que constará el salario percibido, los descuentos legales realizados, los anticipos salariales y otros que tengan relación con la suscripción y ejecución del presente contrato. ---
Estando los firmantes de acuerdo con la cláusula y condiciones anteriormente controversia quienes previa lectura de las mismas se ratifican y firman en la fecha indicada en dos ejemplares de un mismo tenor y efecto en el acápite del presente contrato en prueba de su aceptación y conformidad. -----


.....

Diana Alejandra Elizeche Almeida
C.I. N.º 1.683.579


.....
María Da Gloria Von Eckstein
C.I. N.º 999.171


.....
Luis Alberto Aguilera Allende
C.I. N.º 228.915



Ministerio de
**TRABAJO, EMPLEO
Y SEGURIDAD SOCIAL**

■ **GOBIERNO
NACIONAL**

*Paraguay
de la gente*

RESOLUCIÓN DT-CIT N° 430/22

POR LA CUAL SE HOMOLOGA Y REGISTRA LOS CONTRATOS INDIVIDUALES DE TRABAJO, SUSCRITO ENTRE LA FIRMA "ASOCIACION PERSONAS CON DISCAPACIDAD, FAMILIARES Y AMIGOS DE SARAHI" Y LAS TRABAJADORAS-----

Asunción, 22 de marzo de 2.022

VISTO: Las presentaciones realizadas ante la Autoridad Administrativa del Trabajo, a través del Sistema REOP Solicitudes Números 4.563/22 y 4.564/22 por la firma "**ASOCIACION PERSONAS CON DISCAPACIDAD, FAMILIARES Y AMIGOS DE SARAHI**", con RUC N° 80109018-0 y Registro Patronal MTESS N° 99.386, y;

CONSIDERANDO:

- Que,** la mencionada firma recurrente solicita a la Autoridad Administrativa del Trabajo la Homologación y Registro los Contratos Individuales de Trabajo, suscrito con 02 (dos) trabajadoras.-----
- Que,** el Art. 45° del Código del Trabajo, expresa: "El contrato de trabajo escrito, su modificación o prórroga, se redactarán en tantos ejemplares como sean los interesados, debiendo conservar uno cada parte. Su documentación estará exenta de todo impuesto. Cualquiera de las partes podrá solicitar su homologación y registro a la Dirección del Trabajo".-----
- Que,** actualmente rige la Resolución MTESS N° 1272/2021 de fecha 14 de setiembre de 2021 "POR LA CUAL SE APRUEBA EL PROCEDIMIENTO ELECTRÓNICO PARA LA HOMOLOGACIÓN Y REGISTRO DE LOS CONTRATOS INDIVIDUALES DE TRABAJO ANTE LA DIRECCIÓN DE TRABAJO, DEPENDIENTE DEL VICEMINISTERIO DE TRABAJO DEL MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL".-----
- Que,** verificados los Contratos Individuales de Trabajo presentados por la referida firma, los mismos reúnen los requisitos establecidos en el Art. 46° del Código del Trabajo, que dispone: "En el contrato de trabajo escrito se consignarán los siguientes datos y cláusulas: a) Lugar y fecha de celebración; b) Nombres, apellidos, edad, sexo, estado civil, profesión u oficio, nacionalidad y domicilio de los contratantes; c) Clase de trabajo o servicios que deban prestarse y el lugar o lugares de su prestación; d) Monto, forma y período de pago de la remuneración convenida; e) Duración y división de la jornada de trabajo; f) Beneficios que suministre el empleador en forma de habitación, alimentos y uniformes, si el empleador se ha obligado a proporcionarlos y la estima de su valor; g) Las estipulaciones que convengan las partes; y, h) Firma de los contratantes o impresión digital cuando no supiesen o pudiesen firmar, en cuyo caso se hará constar este hecho, firmando otra persona a ruego. En este último caso, lo hará por ante el Juez de Paz de la Jurisdicción, escribano público o el secretario general del sindicato respectivo, si lo hubiese".-----
- Que,** los requerimientos legales exigidos, en el Art. 41° del Código del Trabajo, establece: "Se considerará como nula toda cláusula del contrato en la que una de las partes abuse de la necesidad o inexperiencia del otro contratante, para imponerle condiciones injustas o no equitativas".-----





Ministerio de
**TRABAJO, EMPLEO
Y SEGURIDAD SOCIAL**

■ **GOBIERNO
NACIONAL**

*Paraguay
de la gente*

RESOLUCIÓN DT-CIT N° 430/22

POR LA CUAL SE HOMOLOGA Y REGISTRA LOS CONTRATOS INDIVIDUALES DE TRABAJO, SUSCRITO ENTRE LA FIRMA "ASOCIACION PERSONAS CON DISCAPACIDAD, FAMILIARES Y AMIGOS DE SARAHI" Y LAS TRABAJADORAS-----

Asunción, 22 de marzo de 2.022

..//2..

Que, es competencia de la Dirección del Trabajo, la Homologación y Registro de los Contratos Individuales de Trabajo, suscrito entre las partes, conforme a las disposiciones legales vigentes.-----

POR TANTO, de conformidad a las facultades conferidas por el Código del Trabajo y en uso de sus atribuciones.-----

**LA DIRECTORA DEL TRABAJO
RESUELVE:**

Art. 1º.- HOMOLOGAR Y REGISTRAR los Contratos Individuales de Trabajo, suscrito entre la firma "ASOCIACION PERSONAS CON DISCAPACIDAD, FAMILIARES Y AMIGOS DE SARAHI", con RUC N° 80109018-0, Registro Patronal MTESS N° 99.386 y las trabajadoras, cuyos datos se detallan en el cuadro siguiente:

N°	TRABAJADORAS NOMBRES Y APELLIDOS	C.I.C. N°
1	Diana Alejandra Elizeche Almeida	1.683.579
2	Silvia Adriana Cáceres López	5.964.049

Art. 2º.- ANOTAR, comunicar a quienes corresponda y cumplido archivar.-----

dc/pi


ADD. KARINA GÓMEZ FRETES
Directora del Trabajo





FUNCIONES REALIZADAS POR EL PERSONAL

Nombre y Apellido : DIANA ELIZECHE
Área : MISIONAL
Cargo : AREA DE INCLUSION LABORAL
Periodo : 01-05-2024 AL 30/06/2024

ASIGNACION DE FUNCIONES

- 1- Organización, planificación de talleres de mantenimiento laboral para trabajadores con discapacidad.
- 2- Desarrollo de talleres de mantenimiento laboral para trabajadores con discapacidad y seguimiento de inserción laboral a trabajadores con discapacidad.
- 3- Organización, planificación de Talleres para referentes laborales de personas con discapacidad.
- 4- Desarrollo de Talleres para referentes laborales de personas con discapacidad/Desarrollo de Taller incluido.
- 5- Elaboración de Informes, preparación de materiales y anexos correspondientes a los reportes

Firma

V°B°

FUNCIONARIO: DIANA ELZECHE

PERIODO: 01/05/2024 AL 30/06/2024

AC-No.	Nombre	Dia	HorEnt	HorSal	Marc-Ent	Marc-Sal	Tardanza	Salto Temp	Falta	Falta Marcacion	Descontar	Acreditar	Razon
2	Diana Elzeche	18/6/2024	08:00	12:00	FERIADO		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
2	Diana Elzeche	26/6/2024	08:00	12:00	Domingo		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
2	Diana Elzeche	3/6/2024	08:00	12:00	07:54	12:01	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
2	Diana Elzeche	4/6/2024	08:00	12:00	07:48	12:08	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
2	Diana Elzeche	5/6/2024	08:00	12:00	07:53	12:08	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
2	Diana Elzeche	6/6/2024	08:00	12:00	07:51	12:01	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
2	Diana Elzeche	7/6/2024	08:00	12:00	07:52	12:07	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
2	Diana Elzeche	8/6/2024	09:00	12:00	08:53	12:08	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
2	Diana Elzeche	8/6/2024			Domingo		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
2	Diana Elzeche	10/6/2024	08:00	12:00	FERIADO		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
2	Diana Elzeche	11/6/2024	08:00	12:00	07:57	12:04	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
2	Diana Elzeche	12/6/2024	08:00	12:00	07:58	12:06	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
2	Diana Elzeche	13/6/2024	08:00	12:00	07:57	12:08	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
2	Diana Elzeche	14/6/2024	08:00	12:00	07:56	12:08	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
2	Diana Elzeche	15/6/2024	08:00	12:00	08:57	12:02	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
2	Diana Elzeche	16/6/2024			Domingo		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
2	Diana Elzeche	17/6/2024	08:00	12:00	07:52	12:01	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
2	Diana Elzeche	18/6/2024	08:00	12:00	07:54	12:02	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
2	Diana Elzeche	19/6/2024	08:00	12:00	07:59	12:08	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
2	Diana Elzeche	20/6/2024	08:00	12:00	07:54	12:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
2	Diana Elzeche	21/6/2024	08:00	12:00	07:56	12:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
2	Diana Elzeche	22/6/2024	08:00	12:00	08:54	12:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
2	Diana Elzeche	23/6/2024			Domingo		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
2	Diana Elzeche	24/6/2024	08:00	12:00	07:49	12:02	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
2	Diana Elzeche	25/6/2024	08:00	12:00	07:59	12:04	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
2	Diana Elzeche	26/6/2024	08:00	12:00	07:54	12:01	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
2	Diana Elzeche	27/6/2024	08:00	12:00	08:00	12:08	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
2	Diana Elzeche	28/6/2024	08:00	12:00	07:48	12:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
2	Diana Elzeche	29/6/2024	08:00	12:00	08:47	12:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
2	Diana Elzeche	30/6/2024			Domingo		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
							0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	
							DESCONTAR		0:00:00		0:00:00		
											0:00:00		

Diana Elzeche

Controlado por: Gladys Figueroa Colaborador: DIANA ELZECHE

Fondo Transferido por Ministerio de Economía y Finanzas
 Año: 2024
 Período transferido o bimestre devengado: MAY-JUN
 Firma del Contador: *[Firma]* Aduración: RUC: 3111820



INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL

RUC. 80002269/6

Extracto de Cuenta



Nro.: 11619439
Token: 4048758

0006-82-03885 ASOCIACION PERSONA CON DISCAPACIDAD FAMILIAR Y CONSULTAS:
RUC: 80109018 Ide.Emplea: 254319 Tel.497-246
DR HASSLER C/ R10 YTORORO 6450 e/ SD y - www.ips.gov.py

Vencimiento
31/07/2024

LOS MONTOS ESTAN SUJETOS A VARIACIONES DE ACUERDO AL REGLAMENTO DE MORA VIGENTE. ESTE EXTRACTO NO JUSTIFICA PAGOS ANTERIORES. EL PAGO CON CHEQUE DEBE SER A LA ORDEN DE IPS Y POR EL MONTO EXACTO DEL APORTE. NO SE RECIBIRAN CHEQUES DE TERCEROS.-

Haedo y Ntra. Se?ora

Usuario y Fec Impresi?n
999171
17/09/2024 14:32:39

Tipo Liquidaci?n	Periodo	Nro. Doc.	Imponible	Aporte	Mora
REGIMEN GENERAL 25,5	JUNIO/2024	15243447	13.586.915	3.585.281	0

Fin Informe Extracto

BOCAS HABILITADAS PARA EL COBRO DE APORTE OBRERO PATRONAL

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL - DEPARTAMENTO DE INGRESOS

- Edificio Facundo Infran(Pettirossi c/ Brasil)
- Direcci?n de Aporte Obrero Patronal (Ntra. Se?ora de la Asunci?n y Haedo)

INSTITUCIONES PRIVADAS - BANCOS

- Banco Continental S.A.E.C.A. (Sucursales del Interior) (Sin Costo)
- Visi?n Banco S.A.E.C.A. (Capital e Interior) (Con Costo)
- Redes de cobranza (Aqui Pago, Pago Express, Practipago, Financiera El Comercio)
- Home Bank (Banco Continental, Banco Visi?n, Banco Itau, Banco Regional)

Informamos que desde Agosto del 2010, se proceder? a la certificaci?n de deudas para el inicio de acciones judiciales, a las patronales que incurran en 3 (tres) meses de atraso, tanto en las planillas de aportes obrero patronales y/o en las cuotas de fraccionamiento de pago. Resoluci?n C.A. N? 077-004/10, del 08/07/2010.

La DIRECCI?N DE APORTE OBRERO PATRONAL le recuerda a las EMPRESAS DEL TRANSPORTE PUBLICO DE PASAJEROS lo dispuesto en la resoluci?n N?012-013/09 en su Art. 3? y que dice: "Establecer que las EMPRESAS DE TRANSPORTE PUBLICO DE PASAJEROS deber?n presentar en el mes de febrero de cada a?o la resoluci?n de la SETAMA o DINATRAN o del MUNICIPIO DONDE SE AUTORIZA EL PARQUE AUTOMOTOR, y asimismo copia autenticada de la comunicaci?n realizada al VICEMINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL dando cumplimiento al Inc. a), Art. 6?, del Decreto N? 580 de fecha 21 de octubre de 2.008" Por lo que se sugiere acercarse a nuestras oficinas las documentaciones respectivas, en tiempo y forma a fin de evitar inconvenientes posteriores. Presentar por nota, en el Dpto. de Servicios de AOP, sitio en Ntra. Sra. de la Asunci?n N? 853 c/ Piribebuy. O en cualesquiera de las Agencias Administrativas Regionales habilitadas en el interior del pa?s. Consultas o aclaraciones a los telef. 444.671 * 450.974/5

ESTE EXTRACTO NO SE CONSIDERA CANCELADO SI NO LLEVA EL SELLO DE LA MAQUINA REGISTRADORA O SELLO Y FIRMA DEL CAJERO DEL INSTITUTO EN CASO DE REALIZARSE LOS PAGOS EN SUS OFICINAS DE RECAUDACIONES

TOTAL EXTRACTO:	3.585.281
BOLETIN CREDITO:	0
TOTAL A PAGAR:	3.585.281

IPS-INFORMA

***Resoluci?n C.A. Nro. 019-017/19 de fecha 30 de abril de 2019.**

Por la que se aprueba el REGLAMENTO DE INFRACCIONES ADMINISTRATIVAS Y EL PROCEDIMIENTO A SEGUIR EN LOS SUMARIOS ADMINISTRATIVOS DISPUESTOS EN COMISI?N DE INFRACCIONES POR PARTE DE LAS PATRONALES, CONFORME AL ART. 3? DE LA LEY N? 5655/16 en remplazo de la Resoluci?n C.A. N? 068-040/14 y la Resoluci?n C.A. N? 101-001/16

*** Sres. Empleadores se les informa por este medio que la Direcci?n de Aporte Obrero Patronal a traves del Dpto. de Control del Aportante estar? realizando verificaciones en forma aleatoria de los documentos respaldatorios de los movimientos registrados en el Sistema REI en los conceptos de SANCIONES, JUDICIALES, PERMISOS Y REPOSOS, de acuerdo a lo estipulado en el punto 2.4 del contrato de adhesion**

*** Sres. Empleadores se informa que en cumplimiento a la RESOLUCI?N C.A. N? 106-011/16, de fecha 28 de diciembre de 2016, que ser?n incluidas en la Base de Datos de Informconf a las firmas patronales que poseen planillas normales, planillas complementarias y cuotas de fraccionamientos provenientes de Aportes Obrero - Patronales pendientes de pago con 90(noventa) d?as de atraso.**

LA MISION DEL INSTITUTO DE PREVISI?N SOCIAL

"Orogar las prestaciones del Seguro Social con calidad y calidez mediante la excelencia en la gesti?n de los talentos y recursos, para el bienestar de sus beneficiarios."

Para mayor Informaci?n: Dpto. de Aportes AOP- Haedo N? 195 esq. Ntra. Se?ora de la Asunci?n.
Tel. 219-7000 y 219-7800
Edif. Facundo Infran (Pettirossi c/ Brasil)
Tel. 203 117

Fondo Transferido por Ministerio de Econom?a y Finanzas
Se?ora de la Asunci?n.
A?o: 2024
Periodo transferido o bimestre devengado: MAY - JUN
Firma del Contador: *[Firma]* Aclaraci?n: RUC: 32225300



INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Declaración Jurada de Salarios

Detalle de Planilla

Ida : 15243447
Tipo : NOR
Imponible : 13.586.915
Periodo : 977 - JUNIO/2024
Can Asegur: 6

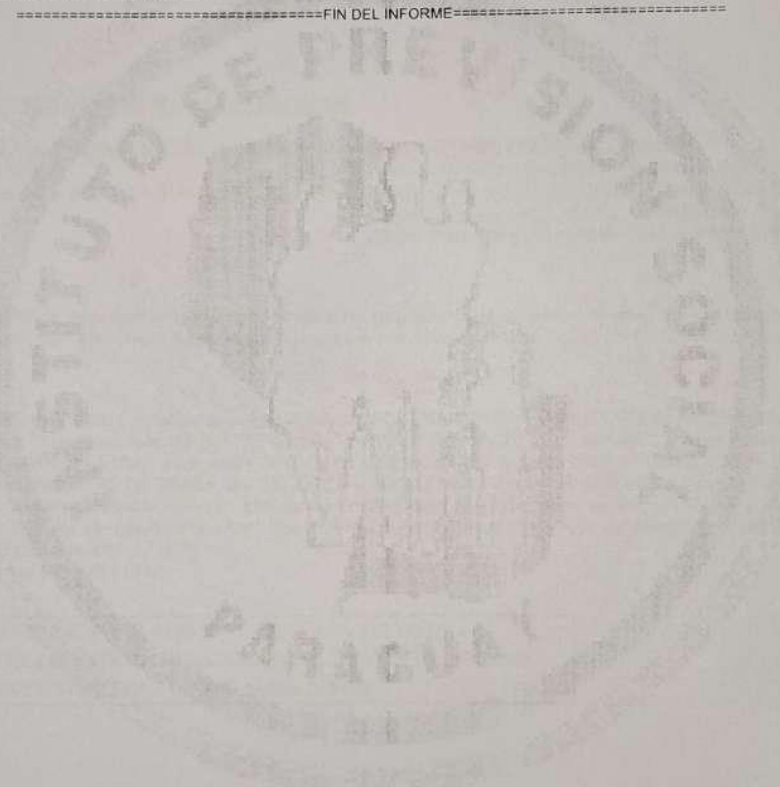
Página 1/1
Usuario Impresión: 999171
Fecha-Hora: 17-09-2024 18:28:16
Corresponde al Extracto Nro.: 11619439



Empleador

Razón soc.: ASOCIACION PERSONA CON DISCAPACIDAD FAMILIAR Y AMIGOS
RUC : 80109018
Nro Patronal: 0006-82-03885 Ide Emplea: 254319

Ide Asecot	Nro Cic	Asegurado	Salario Real	Dias	Salario Imponible	Mov
3647116	5729941	BENITEZ FRANCO GRISELDA	1.340.187	30	1.340.187	NORMAL
846603	1683579	ELIZECHE ALMEIDA DIANA ALEJANDRA	3.000.000	30	3.000.000	NORMAL
2390084	6675396	ESCOBAR GONZALEZ ERWIN ESTIBEN	1.500.000	15	1.500.000	SALIDA
2719108	4619966	GAYOSO MISKINICH EDGAR DANIEL	4.000.000	30	4.000.000	NORMAL
1984964	4668839	JACQUET GUTIERRES CARLOS ALBERTO	3.300.000	30	3.300.000	NORMAL
2905009	4975599	LOPEZ AYALA MARIA CECILIA	446.728	3	446.728	SALIDA

=====FIN DEL INFORME=====



Fondo Transferido por Ministerio de Economía y Finanzas
Año: 2024
Periodo transferido o bimestre devengado: MAY - JUN
Firma del Contador:  Aclaración: _____ RUC: 3025200

Por la presente, declaro bajo fe de juramento que toda la información suministrada precedentemente, se ajusta a la verdad, es correcta y completa.

Firma del empleador o Representante

Recepcionado por: Firma Cajero

Esta Planilla no constituye documento de pago, esta sujeto al pago del extracto correspondiente. EL PAGO DEL EXTRACTO IMPLICA CONFORMIDAD DEL PRESENTE DETALLE

MED COBRANZAS - CASA MATRIZ
Ruc: 1133795-9 Tel.: 0981-241050
ASUNCION Avda Boggiani Esq. R.I 2 YI
ORDRO
TERMINAL FECHA HORA LOTE TAX
19680101 18/07/24 14:52 2771 24196
2
Cajero: WENDY LOPEZ
Servicio:(1085) IPS IPS APORTE OBRERO PA
TRONAL

Código Verificador: 1968226
Documento: 80109018
Nombre: ASOCIACION PERSONA CON DISCAPACI
DAD FAMILIAR Y AMI
Extracto: 11619439
Vencimiento: 31/07/2024
Importe
Total: 3.589.681

PIN: 5358073
Para descargar la factura en formato Kvd
e ingresa el PIN del comprobante en la w
eb www.aquipago.com.py en la seccion de
Consulta de ticket y o factura
Nro Trans IPS: 000008508512
Comision Iva Includo: 4400
Vuelto: 0
Forma de Pago: Efectivo

ESTE ES SU COMPROBANTE, CONSERVELO
PAGO POR ORDEN Y CUENTA DEL EMISOR
POSIBLEMENTE



Fondo Transferido por Ministerio de Economía y Finanzas
Año: 2024
Periodo transferido o bimestre devengado: MAY-JUN
Firma del Contador: [Signature] Aclaración: RUC: 32253010



INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL DIRECCION DE APOORTE OBRERO PATRONAL

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO CON EL SEGURO SOCIAL



GOBIERNO DEL
PARAGUAY

PARAGUÁI
REKUÁI

USUARIO EMISION: 999171

NRO. CERTIFICADO: 463777

FECHA EMISION: 21-11-2024

VENCIMIENTO: 17-12-2024

DATOS DEL EMPLEADOR

Nro. Ruc: 80109018

Nro. Certificado: 463777

Razon Social: ASOCIACION PERSONA CON DISCAPACIDAD FAMILIAR Y AMIGOS

Actividad(es): ACTIVIDADES DE LA SOCIEDADES LITERARIAS.CIVICAS Y SOCIALES

Fecha de Inscripcion: 26-02-2020

Cantidad de Asegurados: 3

0006-82-3885 -

Nro. Patronal(es):



CONSTE QUE EL(LOS) EMPLEADOR(ES), A LA FECHA DE EMISION DEL PRESENTE CERTIFICADO NO ADEUDA(N)
EN CONCEPTO DE APOORTE OBRERO PATRONAL

Se expide el presente Certificado sin perjuicio de las facultades de Fiscalizacion y Control otorgadas a la Direccion Aporte Obrero Patronal.
Nota: Cualquier correccion no salvada en el texto invalida el presente certificado. "El presente instrumento solo certifica estar al dia en el pago del aporte Obrero-Patronal del/los personal/es declarado/s, no eximiendo la responsabilidad patronal sobre los no declarados."

La validez de este documento se puede confirmar, ingresando el número de ruc y certificado a traves de nuestro sitio:

<http://servicios.ips.gov.py/constancia/>

Constitución y Luis Alberto de Herrera - Tel: 223 141/3 - www.ips.gov.py

LA MISIÓN DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL "Otorgar las prestaciones del seguro social con calidad y calidez mediante la excelencia en la gestión de los talentos y recursos, para el bienestar de sus beneficiarios".



Asunción, 06 de diciembre de 2024

Señora

BERENICE A. ORTEGA BABAÑOLI, Coordinadora Interina

Coordinación de Obligaciones Diversas del Estado

Gerencia General, Ministerio de Economía y Finanzas

De mi mayor consideración

Tenemos el agrado de dirigirnos a usted a los efectos de hacer la presentación del descargo del Requerimiento de fecha 20 de noviembre de 2024, según Nota DAI 449/2024, relacionados al SIME 102056, 101589 y 97159/24 respectivamente presentando a través de la misma la Justificación correspondiente a los siguientes puntos:

N°	Detalle	Justificación
1	APORTE IPS	Se procede conforme a lo solicitado en el requerimiento.
2	Edgar Gayoso	Se procede al anexo de los Recibos de pago del IPS y se adjunta el cumplimiento del seguro social.
3	Griselda Benitez	Se adjunta la constancia de cumplimiento de seguro el informe firmado.
4	Diana Elizeche	Se adjunta la firma digital de la contadora, el informe firmado, y recibo de pago de pago de ips.
5	Carlos Jacquet	Se corrigió el número de cedula que por error de tipeo involuntario se produjo. Se adjunta el informe del personal firmado, constancia de cumplimiento con el Seguro Social y Recibo de Pago
6	Jorge David González Vásquez	Se corrige el número de timbrado que se produjo por un error involuntario, además se adjunta el informe de la factura, más las fotografías solicitadas.
7	Erwin Escobar	Se excluye conforme lo solicitado
8	Erwin Escobar	Se adjunta la constancia de cumplimiento de seguro, el informe firmado y el recibo de pago de IPS.
9	Erwin Escobar	Se adjunta la constancia de cumplimiento de seguro, el informe firmado y el recibo de pago de IPS.
10	APORTE IPS	Se adjunta el escaneado con las firmas electrónicas correspondientes.
11	Griselda Benitez	Se adjunta el informe de actividades firmado, la constancia cumplimiento del Seguro Social y el recibo de pago.
12	Erwin Escobar	Se adjunta el informe firmado de las actividades realizadas por el personal, se adjunta la constancia de cumplimiento de ips y el recibo de pago.

13	Edgar Gayoso	Se adjunta el informe firmado de las actividades realizadas por el personal, se adjunta la constancia de ips y el recibo de pago. En cuanto al requerimiento de Justificación de ausencia el mismo ha solicitado en forma personal conforme a las leyes y se le fue autorizado.
14	Diana Elizeche	Se adjunta el informe firmado de las actividades realizadas por el personal, se adjunta la constancia de ips y el recibo de pago.
15	Cecilia López	Se adjunta el informe firmado de las actividades realizadas por el personal, se adjunta la constancia de ips y el recibo de pago.
16	Carlos Jacquet	Se adjunta el informe firmado de las actividades realizadas por el personal, se adjunta la constancia de ips y el recibo de pago.
17	Patricia Ortiz	<p>Se adjunta copia de las actividades Realizadas firmado</p> <p>Se imputo en el OG 145, por que la contratada es profesional y realiza apoyo organizacional a la coordinación general y considerando lo establecido en la Ley en relación OG 145 “contratación de personas físicas calificadas para l prestación de servicios profesionales que cuenten con titulo de grado, conforme al Art. 63 de la Ley 4995/2013. Incluye la contratación de profesionales extranjero con grado de titulo universitario obtenido en el extranjero,” sin embargo el OG 266 Consultorías y Asesorías, o guarda relación a las actividades realizadas por la profesional. Es por ello se solicita la reconsideración de la imputación en el OG 145 atendiendo la naturaleza del trabajo profesional de apoyo a la coordinación realizado por la profesional.</p> <p>Se adjunta copia de los materiales utilizados en las capacitaciones solicitados. En cuanto a las fotografías se encuentran dentro del listado de beneficiarios.</p>

Se justifica además lo solicitado en relación a **otros Requerimientos:**

- 1- Se adjunta el comprobante de ingreso, el recibo y el FI-Code 16 remitido por la trasferencia del Bimestre Mayo-junio
- 2- Se modifiko el Nro. De OT
- 3- Se modifiko la fecha de OT
- 4- Se modifiko la denominación del Banco
- 5- Se procedió al cambio de los antecedentes judiciales a través de la presentación de primeras documentaciones. Se adjunta copia dentro de la Justificación
- 6- Se adjunta el CCT vigente

Esperando haber cumplido con lo solicitado aprovechamos la oportunidad para saludarle atentamente.